

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 857.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'EXTIRPATION DU PREMIER MÉTACARPIEN

**REMARQUE SUR L'ABLATION DE CET OS
AVEC UNE PARTIE OU LA TOTALITÉ DU SQUELETTE DU POUCE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MARLIER

Né à Nancy le 26 mai 1870

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1893

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 857.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'EXTIRPATION DU PREMIER MÉTACARPIEN

REMARQUE SUR L'ABLATION DE CET OS
AVEC UNE PARTIE OU LA TOTALITÉ DU SQUELETTE DU POUCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MARLIER

Né à Nancy le 26 mai 1870

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	X.
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON.	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé.
DIDELOT.	RODET.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

AVANT-PROPOS

La main est l'organe de la préhension et du toucher. Pour Farabeuf, c'est une pince, dont une des branches est représentée par le pouce, et dont l'autre multiple comprend les quatre derniers doigts. Le pouce amputé, le mors est remplacé par un simple crochet. Si un tel organe peut, à la longue, permettre à certains individus d'écrire, de dessiner et de manier un marteau, il est incapable de tout mouvement d'opposition, et par suite, de servir aux modeleurs, aux cordonniers, et, d'une façon générale, à tous les ouvriers, dont le pouce est un gagne-pain. Aussi, faut-il être conservateur à outrance dans les cas d'écrasement de la main, car une pince, dont une branche est fixe, rend encore des services, et un pouce immobile est non-seulement esthétique, mais surtout utile (1).

C'est, d'ailleurs, d'après ces principes, que M. de Beaufort a fait construire sa main artificielle, et que certains auteurs ont proposé des opérations telles que

(1) Th. de Bouchart, sur les « Malformations et déformations de la main. » Bordeaux; 1891.

le désossement des phalanges (Malogo), la transposition des doigts (Guermonprez), et le remplacement du pouce par son métacarpien (Huguier) (1).

Dans le cas de lésions localisées au premier métacarpien, l'ablation de l'os malade, avec conservation du pouce, est donc une intervention rationnelle et tentante. Qu'est-ce, en effet, que cet os, si ce n'est une phalange? Dépourvu de facette articulaire latérale, il se développe par deux points d'ossification : un primitif pour le corps et l'extrémité supérieure, et un complémentaire, destiné à l'extrémité inférieure. Le second ne se soude que vers la vingtième année, et, au lieu de se montrer vers l'extrémité digitale, comme pour les autres métacarpiens, il apparaît et évolue du côté du corps (2). Extirper le premier métacarpien, c'est donc enlever la première phalange du pouce, et il y a lieu de se demander ce que deviennent alors les systèmes musculaire et osseux de ce doigt.

1° Voyons les muscles. Engainé en dehors et en arrière par le tendon de l'extenseur et le premier interosseux dorsal, et en dedans et en avant, par l'adducteur, l'opposant et le court abducteur, le premier métacarpien ne fournit que peu d'insertions musculaires. Nous trouvons à l'extrémité inférieure deux faisceaux de fibres venues du court abducteur, tout le long de la partie externe de la face antérieure l'oppo-

(1) Huguier, mém. posth., 1852.

(2) Retterer. « Développement du squelette des extrémités. » *Journal d'anatomie*, 1884.

sant, sur la face cubitale, le premier interosseux dorsal; enfin, sur le côté externe de l'extrémité supérieure, le long abducteur. De ces quatre muscles, seul le court abducteur a des insertions à la fois phalangiennes et métacarpiennes, et nous allons voir que, le premier métacarpien enlevé, l'action du premier interosseux dorsal, c'est-à-dire l'abduction de l'index, est seule supprimée en totalité.

Si, en effet, on respecte les insertions phalangiennes, grâce à la persistance des deux fléchisseurs, de l'adducteur, et en partie du court abducteur, le pouce pourra être fléchi et porté en avant et en dedans, d'autant mieux que les fibres du court abducteur s'unissent souvent à celles du court fléchisseur. Ce dernier agit, de plus, par un mouvement de rotation du doigt autour de son axe longitudinal : les mouvements de flexion et d'opposition seront donc conservés. D'autre part, le long extenseur continuera à jouer, pendant que le court extenseur portera le pouce en arrière et en dehors, et secondairement, la main dans l'abduction et la supination. Il remplacera ainsi l'action du long abducteur. D'ailleurs, le rotator carpi s'unit fréquemment aux extenseurs et s'insère alors sur l'extrémité postérieure de la première phalange.

L'opération faite, tous ces muscles vont se rétracter pour ne pas rester ballants et mouvoir le bras de levier sur lequel ils agissent, bien qu'il soit sensiblement raccourci. Les mouvements du pouce doivent donc subsister.

2° Passons maintenant aux os. Nous mettons en présence, au sein d'un épais manchon musculaire,

d'une part, la cavité glénoïde de la phalange, et de l'autre, la facette inférieure du trapèze, qui, concave dans le sens transversal, est heureusement convexe d'avant en arrière. Les deux os pourront donc s'adapter, et cela, d'autant mieux que l'irritation locale provoquera la formation d'une néarthrose entourée de tissu tendino-musculaire et fixée par la cicatrice. C'est ce que rapporte M. Viart, au sujet d'une main amputée pour tuberculose du poignet, et à laquelle, deux ans auparavant, on avait enlevé le premier métacarpien (1).

Nous voyons que, théoriquement, l'extirpation du premier métacarpien doit être une bonne opération au point de vue fonctionnel. D'ailleurs, la clinique nous apprend que le succès dépasse les espérances ; et il y a lieu de rapprocher ces résultats de ceux de l'astragalectomie (2), et de la résection des métatarsiens, dont un exemple est celui d'un jeune tailleur opéré par M. Poncet pour ostéite fongueuse, et qui, maintenant, fournit d'une seule traite une course de plusieurs kilomètres, et gravit une échelle en se servant seulement des orteils.

C'est à M. le professeur Poncet que nous devons le choix de ce sujet. Qu'il nous soit permis de lui témoigner toute notre gratitude, pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

(1) *Bull. de la Société anatomique*, p. 259. 23^e année, 1848.

(2) Th. de Crussard. Lyon, 1892.

Dans ce travail, nous avons recherché ce qu'étaient devenus les malades opérés depuis quelques années. Mais l'extirpation totale du premier métacarpien est une opération très rare, et nous n'avons pu réunir que trois observations, dont deux inédites. Après l'examen de la valeur théorique de cette intervention, nous passerons en revue ses indications dans un premier chapitre. Dans un deuxième, nous nous occuperons de l'état fonctionnel de la main opérée et des modifications qu'elle a pu subir dans sa forme. Enfin, nous consacrerons trois notes : l'une, au traitement post-opératoire ; la seconde, à la valeur de l'ablation du premier métacarpien au point de vue de l'aptitude militaire, et la troisième, au désossement total ou partiel du pouce.

Nous n'aurions garde d'oublier nos premiers maîtres de Nancy, ainsi que M. le professeur Teissier, dont les nombreuses marques de sympathie nous ont touché. C'est pour nous un doux devoir que de les assurer ici de toute notre reconnaissance.

Merci, enfin, à nos camarades, les D^{rs} Mornet et Finck, de leur obligeant concours.

HISTORIQUE

L'extirpation du premier métacarpien avec conservation du pouce est une opération de date relativement récente et d'origine toute française. Proposée par Trocon en 1816, dans son « Manuel des amputations partielles de la main », elle fut pratiquée une première fois par Roux en 1821, pour un cas d'ostéosarcome. Le pouce resta plusieurs mois inerte, mais peu à peu il reprit sa mobilité. Plus tard le même chirurgien opéra deux autres malades atteints d'ostéite suppurée, cette double intervention fut suivie d'un succès aussi heureux que la première. Vers la même époque, 1827, Blandin enleva le premier métacarpien gauche à une femme scrofuleuse de 42 ans, pour carie de cet os. Malgré le tempérament et l'âge relativement avancé de cette personne, la guérison se fit en 18 jours, et tous les mouvements du doigt furent conservés, mais le pouce était fortement rétracté. — Blandin renouvela cinq fois cette opération, toujours avec un égal bonheur (1).

(1) Anat. des Régions, t. I, p. 458.

Alors parut dans la *Gazette des Hôpitaux* un article, « qui engageait les praticiens à adopter l'extirpation totale du premier métacarpien dans les cas de nécessité absolue » (1). La voie était ouverte, et à l'étranger Walther, Langenbœck et J. F. Heyfelder de St-Petersbourg suivirent l'exemple de Roux et de Blandin, tandis qu'en 1859 la *Deutsche Klinik* relatait une observation de Martin du Palatinat, qui avait enlevé avec succès un premier métacarpien pour enchodrome (2) (observation I.)

Néanmoins Lefort cite un cas, où le pouce resta tout à fait sans usage, mais il faut remarquer qu'à cette époque la technique des résections était mal connue et que l'absence d'antisepsie ne mettait pas à l'abri de l'infection. Aussi la plupart des auteurs sont-ils aujourd'hui partisans de cette opération, et, bien que ne s'y résignant qu'à toute extrémité, Chassaignac (3), Farabeuf et M. Ollier (4) la déclarent toute indiquée dans certaines panostéites aiguës ou chroniques et quelques cas de traumatisme atteignant les deux articulations limitantes.

(1) *Gaz des Hôp.* 1840, p. 365.

(2) *Deutsche Klinik*, t. XI, p. 385.

(3) *Opérations de chirurgie*, t. I, p. 263.

(4) *Traité des résections*, t. II, p. 558.

CHAPITRE I.

Indications.

Pour se décider à enlever un métacarpien, il faut que l'os tout entier soit malade. Tels sont les cas de :

- 1° Fractures compliquées avec ou sans luxation.
- 2° Néoplasmes.
- 3° Lésions inflammatoires spontanées.

I. — Fractures compliquées.

On a cité des cas de fractures compliquées du premier métacarpien consécutives à des coups de marteau, de rateau et même à des coups de poing reçus en boxant. Mais on les voit plus souvent à la suite de chutes sur la paume de la main et dans les plaies par écrasement de l'éminence thénar. Des accidents de ce genre se remarquent, lorsque la main est saisie entre deux corps qui se rapprochent avec violence. Ils sont communs chez les meuniers, chez les ouvriers qui manient des machines-outils, et chez les campagnards qui se servent de batteuses. Enfin la morsure des

grands animaux occasionnent parfois des lésions analogues. Dans tous ces cas, la fracture peut s'accompagner de luxation en arrière de l'os et l'on signale un fait de ce genre à la suite de la manœuvre trop brusque du levier d'un fusil Gras. Les exemples abondent, quand le doigt a été soumis à un mouvement combiné de traction et de torsion : c'est ce qui arrive chez les palefreniers mordus par leurs chevaux (Larrey, Legouest et Nogier).

Une origine fréquente de fractures compliquées du premier métacarpien, comprend aussi les plaies par armes à feu. Elles se voient dans la pratique civile autant qu'en chirurgie d'armée, soit qu'en jouant avec un revolver, un individu se loge une balle dans la main, soit que l'arme éclate et que ses débris viennent dilacérer les régions atteintes. Avec de telles armes, ce sont surtout les parties molles qui ont à souffrir, mais il n'en est plus de même avec les balles de 11 et de 8 millimètres ; et au Tonkin, sur 103 blessures de métacarpiens, on n'a signalé que 3 cas sans fracture. On a alors des broiements et des éclatements épiphysaires qui, en Crimée et pendant la guerre d'Amérique, donnèrent jusqu'à une mortalité de 11 %. Plus tard, grâce à l'antisepsie, elle descendit à 5 %, lors de la campagne de Serbie et de la guerre Russo-Turque (Heydenreich). Enfin au Tonkin, on arriva au chiffre de 1,94 % (1). Ces fractures sont parfois indi-

(1) Blessures de la main par armes à feu, guerre du Tonkin et de Formose. Nimier. — Bull. de Médecine militaire, 1^{er} vol., 1889.

rectes, et Born Haupt en signale un cas, alors que la balle n'aurait atteint que les deux os de l'avant-bras.

Avouons ici que les Américains ont essayé avec Ottis d'appliquer la résection des métacarpiens à la chirurgie de guerre, et que cette sorte de traitement donna des résultats déplorables : on eut alors 8 décès %, quand l'amputation n'en donnait que 2. Aussi, en campagne du moins, M. Delorme préconise-t-il l'ankylose pour les cas de fractures des deux articulations limitantes. Le médecin d'ambulance ne dispose en effet que de l'indispensable, et il lui serait difficile d'entourer ses malades de tous les soins que nécessite une opération aussi délicate que celle qui nous intéresse.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons trouvé aucune observation d'ablation du premier métacarpien pour coup de feu. M. Poncet a plusieurs fois observé des plaies du pouce et de la région métacarpienne chez des chasseurs, dont le canon du fusil avait éclaté dans la main gauche, mais jamais il n'a trouvé l'indication d'une extirpation du premier métacarpien. Il nous semble en effet que cette opération doit être exceptionnelle, car les désordres des parties molles voisines et l'étendue des lésions nécessitent le plus souvent d'autres interventions.

II. — *Néoplasmes.*

Les enchondromes sont assez fréquents au niveau des os de la main. Aussi devons-nous admettre qu'il faudra recourir à l'extirpation du premier métacarpien,

quand une autre opération conservatrice, telle que l'évidement du foyer cartilagineux sera contrindiquée par la marche et les caractères de la tumeur. En dehors des chondromes, les néoplasmes de cet os qui peuvent nécessiter son ablation, doivent être considérés comme rares, et nous ne connaissons aucun cas de ce genre.

III. — Lésions inflammatoires spontanées du premier métacarpien et des articulations voisines.

a. — Parmi les lésions aiguës, il n'y a guère que l'ostéomyélite infectieuse. Elle est peu fréquente et nous sommes heureux d'en rapporter une observation due à M. Poncet. Ici, comme dans d'autres régions, la nécrose du premier métacarpien, mais surtout les décollements épiphysaires peuvent rendre l'extirpation indispensable. Il va sans dire que l'opération de choix sera la résection partielle, chaque fois qu'on pourra conserver les extrémités osseuses et que les articulations voisines seront indemnes. Nous n'avons trouvé qu'un exemple d'ostéomyélite infectieuse aiguë du premier métacarpien avec ablation ultérieure aussi n'entrons-nous pas dans de plus longs détails.

b. — Quant aux ostéites chroniques, les lésions syphilitiques sont exceptionnelles, mais il n'en est pas de même de la tuberculose, surtout dans la première enfance ; et il nous a paru intéressant de résumer les indications de l'extirpation du premier métacarpien dans le cas de carie osseuse. Elles sont basées sur l'état général du sujet et sur l'état local des lésions.

Considérons le premier de ces éléments. Un affaiblissement considérable doit déterminer le chirurgien tantôt à agir vite, tantôt à s'abstenir. Si les organes internes, le poumon en particulier, sont malades, l'extirpation de l'os doit être discutée ou bien on doit donner la préférence à une opération plus complète et faire le sacrifice du doigt. Dans ce cas, en effet, à l'ostéite succède la synovite, suivant la remarque de Vogt les lésions prennent une marche envahissante et les antécédents du sujet acquièrent la plus haute importance.

Chez un malade dont le foyer tuberculeux sera local, s'il n'y a pas de tendance à la nécrose, l'ostéite pourra se limiter, et l'immobilisation associée à l'ignipuncture donneront souvent de bons résultats. L'ignipuncture employée seule n'a guère qu'un effet palliatif. Elle soulage, paraît même guérir, mais laisse toujours le malade sous le coup d'une récurrence plus ou moins éloignée.

Les lésions bacillaires du premier métacarpien peuvent donc donner lieu à l'indication de son extirpation par leur étendue, leur profondeur et surtout l'invasion des articulations trapézométacarpienne et métacarpo-phalangienne. D'ailleurs, pour M. le professeur Poncet, les altérations tuberculeuses des os courts, remontant à une certaine époque et ayant envahi la totalité de la portion du squelette malade, ne peuvent guérir que par l'ablation de l'os; le curetage et la résection partielle donnent souvent des récurrences. Rappelons que nous avons ici particulièrement en vue les ostéites des adolescents, nous n'ignorons pas que les mêmes altérations de l'enfant si volontiers englobées sous le nom de spina

ventosa guérissent parfois spontanément après un temps plus ou moins long.

Les résultats immédiats et éloignés de l'opération seront naturellement d'autant meilleurs que l'intervention aura été plus précoce. Si, en effet, les fongosités ont envahi les synoviales, les chances de réinoculation de la plaie seront plus grandes, et les adhérences des tendons avec leurs gaines enflammées pourront compromettre le bon fonctionnement de la main opérée. — Cependant nous avons vu chez M, le professeur Poncet des moules en plâtre représentant des cas d'élimination naturelle et spontanée du premier métacarpien à la suite de spina ventosa. Les malades avaient guéri sans aucune intervention chirurgicale; et, à en juger d'après l'état du pouce, les fonctions de ce doigt devaient être conservées.

Conditions anatomiques qui favorisent le développement des lésions métacarpiennes. Anatomie pathologique. — Comme les phalanges, le premier métacarpien est fréquemment atteint de tuberculose. Cette affection présente deux variétés : la forme fongueuse et la forme nécrotique. Quelle est la région de l'os la plus souvent touchée ? Un facteur quelconque régit-il là une localisation, en dehors des traumatismes et luxations qui créent à l'endroit malade un locus minoris resistentiæ ?

Nous savons que l'absence de facette articulaire latérale permettant au premier métacarpien de se fixer au second, et que la présence d'un point d'ossification complémentaire évoluant du côté du carpe font de lui

une phalange, que son extrémité supérieure est plus importante que l'inférieure, car elle est le siège de l'accroissement de l'os et des mouvements d'opposition et de circumduction, et qu'enfin l'articulation trapézo-métacarpienne plus mobile que l'articulation métacarpo-phalangienne se trouve par suite plus exposée aux traumatismes de toutes sortes. Les lésions tuberculeuses doivent donc atteindre de préférence l'extrémité supérieure de l'os et menacer directement le poignet.

Rarement elles sont limitées, on a alors un séquestre dont le volume ne dépasse guère celui d'un pois, inclus au sein d'une masse caséeuse brunâtre, tranchant par sa coloration sur le tissu osseux resté sain. On observe plus souvent la forme infiltrée, surtout lorsque les lésions inflammatoires prennent un caractère aigu. Dans ce cas on trouve de fines trabécules osseuses circonscrivant des loges à mailles plus ou moins larges (aspect feuilleté de l'os. Observation III). Quant aux cartilages ils sont soulevés, ulcérés même, et présentent un aspect terne bien différent de l'état normal. En présence de désordres semblables, l'extirpation de l'os malade s'impose.

CHAPITRE II.

Résultats éloignés.

Disons d'abord que l'opération en elle-même ne présente aucune gravité, mais que les résultats dépendent du nombre des insertions qu'on a pu ménager. Il faut enlever le premier métacarpien en respectant l'appareil tendino-musculaire du pouce, sur l'importance duquel Farabeuf insiste tant (1). M. Ollier décrit à ce sujet deux méthodes : une première par voie dorso-externe intertendineuse, dont l'incision passe entre les tendons des deux extenseurs, et une deuxième par voie externe antérotendineuse, le long du bord externe du court extenseur. Qu'on opère au bistouri ou mieux à la rugine, il faut prendre garde d'ouvrir la grande cavité séreuse du carpe c'est-à-dire l'articulation du deuxième métacarpien, et de léser la radiale qui rampe accolée à la face dorsale du trapèze, pour plonger ensuite dans le premier espace interosseux. Afin d'éviter

(1) Traité des Résections, p. 675.

ce double écueil, l'auteur du « *Traité des Résections* » recommande de sectionner l'os en son milieu et d'en renverser les deux fragments.

Grâce à la méthode antiseptique, la cicatrisation s'opère avec une simplicité parfaite. Pour être complète elle demande de quatre à huit semaines, et les mouvements apparaissent après un à trois mois. Souvent ils sont d'ailleurs aidés par la mobilité du trapèze (Ollier).

Au point de vue des résultats éloignés de l'extirpation du premier métacarpien, les considérations générales qui s'appliquent aux grandes résections sont ici également vraies. Un point capital est l'âge du sujet. Très justifiée au-dessous de 20 ans, cette intervention est contraindiquée chez le vieillard, et pour l'adulte au-dessus de 30 à 40 ans l'opération conservatrice doit être discutée et réservée surtout aux cas traumatiques.

Nous allons examiner ces résultats éloignés chez des malades opérés depuis 4 et 5 ans, et cela au double point de vue :

- 1° Des résultats esthétiques.
- 2° Des résultats fonctionnels.

I. — *Résultats esthétiques.*

Aspect de la main. — On ne remarque aucun trouble trophique sur la main opérée. L'ongle du doigt mutilé, la couleur des téguments et le développement des phanères sont normaux. L'aspect général et la direction des quatre derniers doigts ne sont pas modifiés.

Tous les plis sont conservés, la paume n'est pas atrophiée.

L'éminence thénar, quoique moins forte que du côté sain, est plus globuleuse et plus molle. La peau est adhérente aux tissus sous-jacents au niveau de la cicatrice. Celle-ci n'est pas colorée.

Quant au pouce, il a une direction particulière. La pulpe tournée en avant, il est oblique de haut en bas et le plus souvent déjeté en dehors à la façon d'un ergot de coq. Cela tient sans doute à la forme en selle de la facette inférieure du trapèze qui est convexe dans le sens transversal, à la perte de l'opposant et à la prédominance des muscles extenseurs. Aussi gros et aussi charnu que le pouce sain, le doigt opéré est plus court et semble ravalé. A sa racine il existe un sillon circulaire, très marqué, surtout à la face palmaire, et présentant parfois deux dépressions latérales linéaires qui correspondent à la disparition des os sésamoïdes. Il en résulte que le pouce prend un aspect de bec de canne, qu'il est aminci à sa base et qu'il paraît enchaîné dans la masse de l'éminence thénar.

Mensurations. — La main ouverte, les doigts réunis et étendus, la distance qui sépare l'apophyse styloïde du radius de l'extrémité du pouce est diminuée de deux à quatre centimètres (voir fig. 1 et 2). Il en est de même de la largeur et de l'épaisseur de l'éminence thénar (environ 0 c. 4 de différence entre les deux côtés). Pour avoir exactement ces deux dernières mesures, et pouvoir les comparer sur différentes mains, il est capital de les prendre toujours de la même façon et aussi mathématiquement que possible. Dans ce but nous plaçons le

doigt dans l'abduction complète et orientons le compas d'épaisseur suivant la droite qui unit le milieu du pli courbe de la main à l'intervalle qui sépare la racine du majeur de celle de l'annulaire.

II. — Résultats fonctionnels.

Mouvements. — Tous les mouvements sont conservés. Passivement et activement l'articulation nouvelle est très souple (Obs. 2 et 3). Il y a même un peu plus d'abduction et de mobilité latérale que du côté sain, mais ces mouvements latéraux ne nuisent en rien à la solidité de l'articulation nouvelle. Remarquons aussi que le pouce opéré, étant plus court que l'autre, la courbe que décrit son extrémité paraît plus petite, et à première vue assez limitée, ce n'est là qu'une illusion. L'évaluation de l'angle maximum, que le pouce dans l'abduction peut faire avec l'index placé dans l'extension, donne les mêmes résultats des deux côtés. Pour le malade de l'observation III, cet angle est même plus grand du côté opéré, il atteint 100°.

Le doigt conserve donc son utilité habituelle dans la préhension : il permet de coudre, d'écrire et de manier ciseaux et instruments à manche tout comme un pouce normal.

Force musculaire. — Les muscles de l'éminence thénar sont rétractés et lui donnent une forme globuleuse, mais ils sont très peu atrophiés. Pour évaluer leur force, nous plaçons un dynamomètre horizontalement au niveau de l'articulation de la première et

de la seconde phalange du pouce et de l'articulation correspondante des quatre autres doigts. Cette puissance d'opposition est relativement peu diminuée, la différence varie de 2 à 3 kilogrammes sur une moyenne de 9 pour une main normale. Quant à la traction opérée par le pouce fléchi et passé dans une boucle fixée à un dynamomètre, elle donne des résultats analogues. Mais ici, même en immobilisant le coude, c'est plutôt le bras que le doigt qui entre en action, et cette expérience ne prouve guère que la solidité de l'articulation nouvelle. Nous voyons donc que pour les travaux manuels qui ne demandent pas un grand déploiement de force, le doigt peut rendre les mêmes services qu'un pouce normal. L'observation I, nous apprend d'ailleurs que le malade reprit sa profession de menuisier.

Etat de la sensibilité. — Nous n'avons constaté aucun trouble de la sensibilité sur la main mutilée. La cicatrice est indolore. Mais la malade de l'observation II se plaint de ressentir, au moment des grands froids, quelques douleurs lancinantes au niveau de l'articulation nouvelle.

En résumé, l'extirpation du premier métacarpien donne d'excellents résultats fonctionnels, chez les sujets jeunes du moins, car nos trois observations ne sont relatives qu'à des personnes de quinze à vingt-neuf ans.

Phénomènes post-opératoires. — Jamais il n'y a de régénération osseuse. La phalange vient au contact immédiat du trapèze ou n'en est séparée que par quelques travées fibreuses. La néarthrose est maintenue

par le manchon musculaire qui l'entoure et auquel adhère la cicatrice.

En dehors de l'éminence thénar, les muscles de la main et de l'avant-bras pourraient diminuer de volume (cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse opérée par Heyfelder). Nous ne l'avons pas constaté dans nos observations II et III. Il doit s'agir alors de sujets malades depuis longtemps, et il est difficile d'établir la balance entre ce qui dépend des désordres antérieurs à l'opération et ce qui doit être mis sur le compte de cette dernière. Quelques auteurs reconnaissent à l'atrophie une origine réflexe : les extrémités articulaires n'étant plus irritées, ne réfléchissent plus leur action, d'où la diminution de volume des muscles voisins (1).

Aussi croyons-nous que l'atrophie tient bien plus de la lésion que de l'intervention. D'ailleurs, elle serait très faible, et, à l'avant-bras, le malade ne la remarquerait guère que si on attiré son attention sur ce point.

NOTE SUR LE TRAITEMENT POST-OPÉATOIRE.

Suivant Ollier, il faut avant tout éviter la suppuration, surtout dans des tissus déjà hyperplasiés. De cette façon, les produits inflammatoires se résorbent, la raideur n'est que temporaire; et, grâce à la persistance d'un des cartilages, on n'a pas de ces soudures

(1) Rochet. Th. de Lyon, 1886.

qu'amènent les arthrites suppurées, mais une néarthrose bien mobile.

L'immobilisation est obtenue à l'aide d'une petite attelle maintenant à la fois le doigt et le poignet. On peut y joindre une traction très douce et continue suivant l'axe du pouce, grâce à des fils attachés soit à une bandelette de diachylon collée au niveau de la première phalange, soit à l'ongle lui-même préalablement perforé. On arrive d'ailleurs au même résultat à l'aide d'un doigt de caoutchouc légèrement et constamment étiré suivant sa longueur (1).

Enfin l'intervention chirurgicale a lieu le plus souvent pour tuberculose, aussi le traitement général s'impose-t-il. Les toniques et reconstituants, les bains de mer et l'aérophérapie doivent être mis en œuvre pour prévenir une généralisation.

Au point de vue de l'état local, les mouvements variés et l'électrisation sous toutes les formes sont d'excellents adjuvants.

NOTE SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DÉ L'EXTIRPATION
DU PREMIER MÉTACARPIEN
AU POINT DE VUE DE L'APTITUDE MILITAIRE.

Dans l'armée, tout individu qui a subi une résection est réformé. Pour l'extirpation du premier métacarpien n'est-ce pas une mesure un peu absolue? Le soldat

(1) Ollier. — Traité de la Régénération des Os. Article Métacarpe.

n'est pas comme le modelleur, dont le pouce est le gagne-pain ; pour lui l'usage de ce doigt est limité à celui de la seconde branche d'une pince, fût-elle même immobile, et nous avons vu chez nos malades que le pouce opéré conserve une force d'opposition d'environ 5 kilogrammes. Est-ce suffisant pour le service militaire ? Assurément oui.

Dans la manœuvre du sabre et celle du fusil, le pouce, il est vrai, à une place et un rôle bien nets. Il fait opposition aux autres doigts pour saisir l'arme et la maintenir dans la main. Mais cet usage ne réclame pas une grande force, et il est loin d'exiger par exemple l'éducation que doit recevoir l'index ou le majeur pour presser la détente.

Quant au cavalier, il ferme le pouce sur la seconde articulation de l'index pour empêcher la bride et le filet de glisser sur l'encolure, en un mot pour ajuster les rênes. Dans tous les mouvements de séparation de ces aides, il laisse glisser les rênes droites sous le pouce de la main gauche sans jamais les abandonner tout-à-fait. Pour lui le pouce joue donc le rôle de cran d'arrêt.

En somme nous voyons qu'un individu, chez lequel l'extirpation du premier métacarpien aurait donné des résultats simplement moyens, pourrait servir dans l'armée. D'ailleurs le malade de l'observation III fait un tel usage de son pouce, qu'il espère son admission au conseil de révision.

OBSERVATION I. (Résumée.)

Deutsche Klinik 1859, p. 385, Martin du Palatinat.

DESARTICULATION COMPLÈTE DU PREMIER MÉTACARPIEN GAUCHE AVEC CONSERVATION DES DEUX PHALANGES DANS UN CAS D'ENCHONDROME.

Menuisier de 21 ans. Taille moyenne. Aspect sain. Aucune maladie antérieure, deux ans avant son entrée à l'hôpital, ce jeune homme remarqua sur la face dorsale du premier métacarpien gauche une tuméfaction, qui s'accrut insensiblement, pendant que la peau gardait son aspect normal. Ronde et de consistance cartilagineuse, elle fut prise par quelques médecins pour une exostose vraisemblablement séparable de l'os sous-jacent et par la plupart pour un néoplasme évoluant du centre vers la périphérie de cet os. Plus tard on reconnut que c'était un enchondrome.

Des douleurs perçantes même au repos et le volume de la tumeur, qui devint telle, que la première phalange sortait de l'éminence thénar à la façon d'un bec de canard, décidèrent le malade à réclamer l'amputation du doigt. M. Martin, aidé des Drs Herberger et Kauffmann, résolut alors d'enucléer le métacarpien en conservant le plus possible des parties molles. Il y réussit en faisant deux incisions semi-lunaires, qui se réunissaient sur la pointe du radius et entouraient la tumeur. Les muscles de l'éminence thénar furent ainsi respectés, et leur masse, soutenue par un simple pont cutané et privée de son point d'appui, vint s'incliner vers l'intérieur de la paume de la main.

Pendant les trois premiers jours, la pâleur et l'abaissement de température du doigt opéré firent craindre une mortification gangreneuse. Il n'en fut rien et le malade guérit en un mois.

Huit semaines après l'opération, le pouce était en parfait état. Il s'enfonçait dans l'éminence thénar comme la tête d'une tortue sous sa carapace.

1° Mensurations.

Longueur du métacarpien sain 5 centimètres.

Longueurs de l'extrémité du doigt à l'apophyse styloïde du radius :

Pouce sain..... 12 cent.

Pouce opéré..... 8 cent.

Ce raccourcissement du pouce se vérifiait d'ailleurs par l'application des deux mains paume contre paume, de façon que les parties correspondantes soient rigoureusement en face l'une de l'autre.

Quant à la direction du doigt, elle s'était améliorée. Le pouce avait perdu sa tendance à tomber en dedans.

2° Résultats fonctionnels.

A la place du métacarpien désarticulé, s'était développé une nouvelle formation, sorte d'articulation située au niveau de l'extrémité de la phalange et permettant tous les mouvements d'un métacarpien sain. La possibilité de l'adduction était complète, le malade soulevait une grosse pelotte d'aiguilles entre le pouce et l'index. L'abduction était d'autant moins contrariée et diminuée, que le court abducteur, qui forme une bonne partie de l'éminence thénar, avait été conservé intact. La fusion des cicatrices venant de l'incision maintenait le doigt étendu, et ce résultat était d'autant meilleur que le court et le long extenseurs avaient beaucoup souffert de la pression de la tumeur et de l'opération elle-même.

— 14 mois après, le raccourcissement du doigt était resté de 4 centimètres, l'éminence thénar avait repris son volume,

et la néarthrose signalée plus haut s'était maintenue en bon état. La main opérée soutenait facilement un poids d'une livre et demie entre le pouce et l'index, et le malade exerçait de nouveau sa profession de menuisier.

OBSERVATION II. (Inédite.)

Service de M. le Professeur Poncet

EXTIRPATION DU PREMIER MÉTACARPIEN DROIT POUR OSTÉO- ARTHRITE FONGUEUSE.

Mlle M. V., 20 ans, sans profession. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédents héréditaires. — Pleurésie droite à 14 ans.

En décembre 1888, sans cause connue, la malade se plaignit de douleurs au niveau du premier métacarpien droit. L'articulation métacarpophalangienne devint peu à peu le siège d'une tuméfaction intense, douloureuse au toucher; et, 4 mois après, il existait à ce niveau deux fistules latérales ne laissant aucun doute sur la nature bacillaire de la lésion.

Le 24 avril 1888, l'extirpation du premier métacarpien complètement carié fut pratiquée par M. Poncet. Elle fut suivie d'une guérison complète au bout de 3 mois. Mais les mouvements et la force musculaire ne devinrent ce qu'ils sont actuellement qu'après une année.

Résultats de l'examen de cette malade en juillet 1893.

1^o Résultats esthétiques.

La main opérée ne présente ni trouble trophique ni trouble vaso-moteur. Il n'y a pas d'atrophie de même qu'à l'avant bras, et les trois plis sont conservés intégralement. Quant au

pouce il est aussi gros que celui du côté opposé, mais il est plus court : la distance qui sépare l'extrémité supérieure de la première phalange de l'extrémité de la pulpe est la même des deux côtés ; c'est donc qu'il est enfoncé dans l'épaisseur de l'éminence thénar. Cette dernière est globuleuse, quoique moins forte que celle de la main gauche, elle paraît cependant plus épaisse, sans doute à cause de sa forme presque sphérique et de la brièveté du doigt correspondant. Il existe une cicatrice dorsale longue de 2 centimètres. A ce niveau la peau est adhérente et tend à placer le pouce dans une extension naturelle. La direction de ce dernier n'est d'ailleurs pas normale, il a une légère tendance à se mettre en abduction. Sa racine paraît amincie, du fait de son enchaînement dans l'éminence thénar : elle disparaît au fond d'un sillon circulaire, qui l'entoure tout à fait, et qui est surtout marqué en dehors et à la face palmaire.



Fig. 1.

Mensurations:

Distance de l'apophyse styloïde du radius à l'extrémité du pouce :

Main saine..... 12 cent.

Main opérée..... 9,5

Largeur de l'éminence thénar:

Main saine..... 4 c. 5

Main opérée..... 4 c. 2

Épaisseur de l'éminence thénar:

Main saine..... 3 c. 8

Main opérée..... 3 c. 2

2^e Résultats fonctionnels.

a. — Etat des muscles: les muscles de l'éminence thénar sont un peu moins fermes que ceux de la main gauche. Tous les mouvements sans exception sont conservés, et le pouce opéré est tout aussi mobile que l'autre. Passivement et activement il a la même souplesse. Il y a même un peu plus de mobilité latérale que du côté sain, mais cela n'enlève rien de la solidité de l'articulation nouvelle. La malade coud et manie les ciseaux sans gêne ni fatigue. Son écriture est parfaite.

Monsieur,

*J'ai l'honneur de vous
envoyer . .*

*fac simili de l'écriture
de M^{lle} M. V.*

Angle maximum que le pouce peut faire avec l'index dans l'extension : 90° des deux côtés.

Évaluation de la force d'opposition :

Main saine..... 6 kilog.

Main opérée..... 4, 5

b. — État de la sensibilité. Ni anesthésie. Ni hyperesthésie. La malade éprouve quelques douleurs lancinantes au niveau de la néarthrose, quand le temps est froid et humide.

OBSERVATION III. (Inédite.)

Service de M^r le professeur Poncet.

EXTIRPATION DU PREMIER MÉTACARPIEN GAUCHE POUR PANOSTÉITE TUBERCULEUSE.

P. D., 19 ans, collégien, vigoureux. Tempérament lymphatique. Père mort tuberculeux. Pas d'antécédents personnels. Opéré le 21 juin 1889, par M. Poncet, pour panostéite tuberculeuse avec arthrite de l'articulation trapézométacarpienne. Le début de l'affection remontait à quinze mois. Elle avait succédé à un coup de poing donné par l'enfant, et paraissait avoir débuté par la portion juxtaépiphyssaire inférieure. On constatait alors une tuméfaction considérable de l'os du reste très douloureux au toucher avec les signes d'une arthrite trapézométacarpienne. En pratiquant l'opération, M. Poncet trouva à ce niveau des fongosités sèches brunâtres, qui s'étendaient à tout le tissu spongieux. Le métacarpien avait un aspect feuilleté. — Guérison après quelques semaines.

Résultats de l'examen (octobre 1893.)

1° Résultats esthétiques.

A première vue la main a conservé son aspect normal. Mais on constate que le relief de l'éminence thénar est dimi-

nué à la région dorso-externe et au contraire augmenté à la face palmaire, que l'index paraît être le prolongement direct du premier métacarpien, et que le pouce ressemble à un doigt supplémentaire. La cicatrice longue de trois centimètres est adhérente. Elle n'est ni colorée ni douloureuse, et son extrémité inférieure disparaît dans un sillon circulaire qui entoure la racine du doigt. Pas d'atrophie de la paume et de l'avant-bras.

Le pouce ne présente pas de trouble trophique. En abduction légère, la pulpe tournée en avant, il est plus court que celui du côté et presque aussi charnu (4^{mm} de circonférence de moins). Il semble aminci à sa base, et s'enfonce dans l'épaisseur de l'éminence thénar.



Fig. 2

Distance de l'extrémité du pouce à l'apophyse styloïde du radius :

Côté sain.....	12 centim.
Côté opéré	10 »

Largeur de l'éminence thénar :

Côté sain.....	7 centim.
Côté opéré.....	6, 5

Épaisseur de l'éminence thénar :

Côté sain.....	5 centim.
Côté opéré.....	4 ^c 3

2° Résultats fonctionnels.

a. — *Etat des muscles.* — Tous les mouvements sont absolument conservés. Le doigt semble même plus mobile que le pouce sain. On peut lui imprimer de légers mouvements latéraux, mais qui n'enlèvent rien de sa solidité à l'articulation nouvelle.

Angle maximum :

Côté sain.....	90°
Côté opéré	100°

Les mouvements d'opposition avec les autres doigts se font avec facilité. Le malade n'est gêné pour aucun exercice manuel, il est très adroit. Pour les exercices de gymnastique, à la barre fixe en particulier, il se sert indifféremment d'une main ou d'une autre. Au dynamomètre différence de 3 kilogrammes en faveur du côté droit.

b. — *Etat de la sensibilité.* — Sensibilité parfaite. Aucune douleur.

Bref les résultats sont excellents, et tout porte à croire à la réalisation des espérances du jeune P. D. au sujet de son admission dans l'armée.

Remarque
sur l'extirpation du premier métacarpien
avec une partie ou la totalité du squelette
du pouce.

L'ablation du premier métacarpien donne des résultats si parfaits, qu'elle engage le chirurgien à être conservateur à outrance, et qu'il y a lieu de se demander s'il est possible d'enlever, en même temps que cet os, la première et même la deuxième phalange, en cas de nécessité absolue évidemment. Que donne en un mot le désossement du doigt? Nous avons été assez heureux pour réunir deux observations à ce sujet. Toutes deux viennent de la clinique de M. le professeur Poncet. La première a trait à l'ablation de tout le squelette du pouce chez un jeune homme pour ostéomyélite infectieuse aiguë avec décollement épiphysaire, l'autre à l'extirpation du premier métacarpien et de la première phalange chez une femme de 54 ans pour ostéo-arthrite tuberculeuse.

Nous verrons que le doigt mutilé est encore utile, et que les résultats justifient les indications de ces sortes d'intervention.

OBSERVATION IV. (Inédite.)

Service de M. le professeur Poncet.

EXTIRPATION DU PREMIER MÉTARCARPIEN GAUCHE
AVEC DÉSOSSEMENT COMPLET DU POUCE POUR OSTÉOMYÉLITE
INFECTIEUSE AIGUE ACCOMPAGNÉE DE DÉCOLLEMENT
DES DEUX ÉPIPHYSES.

N. B., 19 ans, vigoureux cultivateur. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Entré le 4 mai 1888 à l'Hôtel-Dieu : il fut opéré le 6 par M. Poncet pour ostéomyélite aiguë et décollement épiphysaire de tout le squelette du pouce. Le premier métacarpien et les deux phalanges, complètement mobilisés par la suppuration, furent enlevés en totalité. La plaie devenue granuleuse, on essaya à diverses reprises des greffes osseuses. Ces dernières furent d'abord bien tolérées, puis elles s'éliminèrent spontanément. Un mois après l'opération, le malade quittait l'hôpital, mais la plaie ne fut complètement cicatrisée qu'en septembre 1888.

Résultats de l'examen pratiqué en octobre 1893 :

1° Résultats esthétiques.

La paume de la main opérée n'est pas atrophiée ; l'éminence thénar est cependant aplatie. Sur la face dorsale une cicatrice longue de 3^c 7 aboutit à un profond sillon circulaire, qui entoure le rudiment de pouce. Celui-ci est dans l'abduction, l'ongle regardant en haut. Il fait avec l'index un angle supérieur à 90°. Son extrémité est effilée, l'ongle tout à fait atrophié. Ce moignon est divisé en deux masses globuleuses placées l'une au-dessus de l'autre et séparées par un pli circulaire qui correspond à l'ancienne articulation interphalangienne.



Fig. 3

Circonférence de la racine du pouce sain.....	8,5
Circonférence de la racine du moignon.....	7 c.
Longueur du moignon.....	4,3
Longueur du pouce sain.....	7
Largeur de l'éminence thénar saine.....	5,2
Largeur de l'éminence thénar opérée.....	3,5
Épaisseur de l'éminence thénar saine.....	5
Épaisseur de l'éminence thénar opérée.....	4,5

2° Résultats fonctionnels.

Le moignon est tout à fait immobile, mais la masse de l'éminence thénar peut exécuter de très légers mouvements d'adduction, qui permettent au malade de saisir solidement la poignée de la charrue ou le manche d'une pioche, et les empêche de glisser sur la région du carpe. Force au dynamomètre placé au niveau de la racine du moignon et de la racine du pouce sain :

Côté opéré.....	12 kil.
Côté sain.....	19 —

Ce jeune homme ne souffre jamais de sa main, et il s'en sert très habilement pour tous les besoins de sa profession. Ainsi se trouve justifiée cette tentative de conservation des parties molles dépouillées de tout support. Elle nous paraît préférable à l'amputation que semblait nécessiter la perte du squelette.

Observation V. (Inédite.)

Service de M. le professeur Poncet.

EXTIRPATION DU PREMIER MÉTACARPIEN GAUCHE ET DE LA PREMIÈRE PHALANGE POUR OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE.

J. C., 54 ans, tisseuse à Lyon. Antécédents héréditaires tuberculeux. Le 20 février 1888, extirpation du premier métacarpien et de la première phalange du pouce gauche pour ostéo-arthrite métacarpophalangienne bacillaire diffuse. Guérie au bout de deux mois, cette malade mourut en 1890, des suites d'une généralisation pulmonaire.

1^o Résultats esthétiques.

Chez cette femme, il n'y eut aucune reproduction osseuse. Il existait une cicatrice dorsale, longue de 4 centimètres; l'éminence thénar molle et aplatie était atrophiée, ainsi que le reste de la paume de la main. Le rudiment de pouce, enchâtonné dans sa masse, était long de 2 centimètres. Ce segment de doigt correspondait à la phalange conservée. Déjeté en dehors, la pulpe tournée vers l'index, il était également moins gros que son correspondant de la main saine. Enfin les muscles de l'avant-bras avaient sensiblement diminué de volume.

2° Résultats fonctionnels.

Le moignon était indolore et peu mobile. La malade pouvait lui faire exécuter de légers mouvements de flexion et d'extension, grâce à la persistance des insertions des longs fléchisseur et extenseur. L'opposition existait aussi, mais affaiblie; et, si on immobilisait l'index, le maintien d'un crayon entre le pouce et la région métacarpienne nécessitait un réel effort.

Quoi qu'il en soit, ce rudiment de doigt était utile. Et, si l'on tient compte de l'âge et de l'état général de la malade, on voit que les résultats de l'intervention furent relativement bons.

CONCLUSIONS

Quand elle est jugée nécessaire par la gravité des lésions existantes, l'extirpation du premier métacarpien constitue, au point de vue fonctionnel, une très bonne opération.

L'aspect général de la main est peu modifié. Le pouce amené au niveau du carpe est par cela même raccourci (fig. 1 et 2). Mais il conserve son utilité habituelle dans la préhension, et, pour tout travail manuel qui ne demande pas un grand déploiement de force, il rend les mêmes services que le doigt normal (Obs. II et III).

Si les tendons ont été soigneusement ménagés, il conserve tous ses mouvements, mais limités, à première vue toutefois, et moins puissants. Nous avons constaté que la force d'opposition était supérieure aux deux tiers de celle du pouce sain.

Quel que soit l'âge du sujet, on ne doit compter sur aucune néoformation métacarpienne. L'extrémité de la phalange vient en contact immédiat avec le trapèze, ou n'en est séparée que par quelques travées fibreuses. Si cette absence de régénération est regrettable au point de vue esthétique, elle ne paraît pas compromettre les fonctions du doigt.

L'ablation du premier métacarpien donnant des résultats éloignés aussi parfaits, il était à prévoir que la résection simultanée de cet os et d'une partie plus ou moins étendue du squelette voisin serait préférable à l'amputation.

Dans une observation de M. le professeur Poncet, que nous croyons unique, d'extirpation du premier métacarpien et de la première phalange, la guérison fut rapide malgré l'âge relativement avancé du sujet. Et, d'après les renseignements que nous avons recueillis, le doigt conservé était utile (Obs. V).

Il en est de même du désossement complet dont nous rapportons un cas. (Obs. IV, service de M. Poncet. Ablation simultanée du premier métacarpien et des deux phalanges du pouce chez un jeune homme pour ostéomyélite infectieuse aiguë avec décollement épiphysaire.)

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 4 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

